

## Wybrane aspekty diagnozy i relacji terapeutycznej z osobami z niepełnosprawnością

### Wprowadzenie

Psychologia rehabilitacji jest dynamicznie rozwijającą się subdyscypliną psychologii, która swój początek wiązała najpierw z próbami nieprofesjonalnego włączania aspektów diagnozy i pomocy psychologicznej do praktyki rehabilitacyjnej i rewalidacyjnej, a następnie z implementacją podstawowych rozstrzygnięć psychologii klinicznej. Dostrzeżenie znaczenia wsparcia psychologicznego w procesie rehabilitacji oraz kompensacji zaburzeń zaowocowało m.in. podjęciem badań nad osobowością osób z niepełnosprawnością oraz analizą skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych. Współcześnie psychologia rehabilitacji, czerpiąc z różnych subdyscyplin psychologii jest ukierunkowana na wspomaganie rozwoju osób z różnego uszkodzeniami, implikującymi odmienność ich potrzeb. Z psychologii klinicznej oraz psychologii zdrowia - psychologia rehabilitacji czerpała pierwotnie wiedzę o stosowaniu określonych metod diagnostycznych, a także technik udzielania skutecznej pomocy w sytuacji zaistnienia negatywnych następstw, związanych z procesem leczenia. Ważne dla psychologii rehabilitacji są również rozstrzygnięcia związane z rozwojem psychologii społecznej, podejmującej charakterystykę relacji i doświadczeń społecznych osób z niepełnosprawnością, w tym analizę zjawiska kontekstu stygmatyzacji osób z uszkodzeniem. Do niedawna przedmiotem analiz empirycznych dotyczących zagadnienia niepełnosprawności było przede wszystkim określenie możliwie precyzyjnych kategorii charakteryzujących różne jej typy (Thomas, Chan, 2000; Thomas, Rosenthal, 2004; Świtaj, 2010). Ostatnio zainteresowano się również czynnikami modyfikującymi funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w otaczającym je świecie, nie koncentrując się wyłącznie na zewnętrznych aspektach uszkodzeń (Kowalik, 2018).

Psychologia rehabilitacji, w wymiarze badawczym, podejmuje również analizę kontekstu różnic w zakresie procesów poznawczych, zmieniających się w związku z określonym uszkodzeniem czy niepełnosprawnością (Tomaszewski, 2014; Pal, Gerc 2017; Gerc, 2018).

Niepełnosprawność definiowana jest współcześnie z wykorzystaniem pojęć i kategorii semantycznych, określanych mianem ogólnych, nawiązujących do rozstrzygnięć Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2011), która opracowała i zaleciła wdrożenie Międzynarodowej

Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, 2001; 2009), dostępnej w wersji polskojęzycznej od 2009 roku. Definicja WHO (2011) odwołuje się do modelu biopsychospołecznego, interpretującego niepełnosprawność w perspektywie relacyjnej, czy też interakcyjnej, którą z jednej strony stanowią czynniki związane z osobą, z drugiej zaś - ze środowiskiem, w którym ona funkcjonuje.

Zasadniczym celem stosowania (choćby w formie ograniczonej jedynie do charakterystyki funkcjonalnej bez szczegółowego kodowania symbolicznego) przywołanej klasyfikacji ICF jest posługiwanie się ujednoliconym, częściowo wystandaryzowanym systemem definiowania i charakteryzowania zdrowia oraz stanów, które pośrednio lub bezpośrednio są związane ze zdrowiem lub sprawnością człowieka. ICF, stanowiąc współcześnie – obok adekwatnych testów i skal psychologicznych - jedno z ważniejszych narzędzi psychologa rehabilitacji, określa różne aspekty zdrowia, ujmując je jako swego rodzaju kontekst jakości życia i dobrostanu człowieka. ICF wyodrębnia dziedziny odnoszące się do powszechnego w społeczeństwie rozumienia zdrowia, interpretowane z perspektywy sprawności i funkcjonalności organizmu, a oceniane z uwzględnieniem doświadczenia konkretnej osoby oraz jej otoczenia społecznego. Sklasyfikowano je w ramach dwóch obszarów, określonych jako: „Funkcje i struktury ciała ludzkiego” oraz „Aktywność i uczestniczenie” (por. Wilmonska-Pietruszyńska, Bilski, 2013).

Klasyfikacja ICF w uporządkowany sposób ujmuje różne zagadnienia odnoszące się do stanu zdrowia lub sprawności człowieka, integrując je z jego aktywnością (realną lub potencjalną) w określonym miejscu i czasie jego życia z różnych perspektyw diagnostycznych. Funkcjonowanie w przywołanej klasyfikacji jest zatem zoperacjonalizowane jako pojęcie, zawierające odniesienia do wszystkich aspektów aktywności organizmu (wymiar fizjologiczny), aktywności osoby (wymiar psychologiczny) oraz partycypacji człowieka w różnych przejawach aktywności życiowej, adekwatnej do etapu rozwoju.

Pojęciem niepełnosprawności określa się natomiast te aspekty, które stanowią o ograniczeniu funkcjonowania osoby. Mogą one mieć związek z czynnikami uwarunkowanymi podmiotowo lub środowiskowo. Posługując się takim rozróżnieniem specjalista dokonujący charakterystyki funkcjonowania osoby, ujawniającej uszkodzenie, tworząc profil jej sprawności *versus* niepełnosprawności, zdrowia lub jego ograniczenia może zaproponować adekwatne dla danej jednostki propozycje usprawnienia lub aktywizacji (również o charakterze zawodowym). Warto w tym kontekście przywołać opinię jednego z najwybitniejszych polskich psychologów rehabilitacji – prof. Stanisława Kowalika (2007), który uszkodzenie ciała określa jako czynnik zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcji u osoby: „Wniosek, jaki nasuwa się z tej analizy jest następujący: uszkodzenie organizmu nie oznacza jeszcze, że ktoś staje się

osobą niepełnosprawną. W innej pracy nazwałem niepełnosprawność dyspozycją jednostki do doświadczania określonych trudności w przyszłym życiu. Teraz powiedziałbym precyzyjniej, że tą dyspozycją jest uszkodzenie organizmu. Można je traktować jako czynnik zwiększający ryzyko bycia dysfunkcyjnym” (Kowalik, 2007, s. 47). Konkluzja Kowalika w jakiejś mierze pośrednio wyznacza zakres oczekiwań społeczeństwa wobec aktywności zawodowej psychologa rehabilitacji: minimalizowanie ryzyka zaistnienia dysfunkcjonalności.

Stucki, Cieza i Melvin (2007) przyjmują niezwykle syntetyczną definicję rehabilitacji, nawiązującą do założeń Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, 2001; 2009). Według wymienionych autorów: „rehabilitacja stanowi strategię zdrowia stosowaną przez [...] specjalistów opieki zdrowotnej i innych sektorów, której celem jest umożliwienie ludziom z problemami zdrowotnymi i doświadczającym lub zagrożonym niepełnosprawnością osiągnięcia oraz utrzymania optymalnego funkcjonowania w interakcji ze środowiskiem” (Stucki, Cieza, Melvin, 2007, s. 279).

Współczesne definicje niepełnosprawności postulują dostrzeżenie faktu, że poziom funkcjonowania człowieka powinien być rozpatrywany w relacji do środowiska. Środowisko zaś może być charakteryzowane jako swoisty moderator między fizjologicznymi aspektami uszkodzenia ciała a doświadczeniem niepełnosprawności oraz ważny obszar odniesienia dla działań rehabilitacyjnych i ich ewaluacji.

Przedstawiony kontekst ICF wyraźnie pokazuje, iż postulat tolerancji i akceptacji, choć ważny i wartościowy – pojmowany deklaratywnie w różnych środowiskach – *implicite* nie zlikwiduje trudności osób z niepełnosprawnością w relacjach społecznych czy komunikacji ani także nie spowoduje ich swobodnego – bez *stigmy* deficytu – funkcjonowania w środowisku społecznym.

Istotne w pokonaniu tego paradoksu wydaje się być analizowanie przez psychologa rehabilitacji potencjalnych przyczyn marginalizacji osób z niepełnosprawnością, przekroczenie tradycyjnego myślenia o uszkodzeniu oraz niepełnosprawności i adekwatne określenie przestrzeni normalizacji. Konkluzję tę dobrze ilustrują słowa J. Konarskiej:

„Nie ma różnicy między potrzebami osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, ale jest różnica w możliwościach i sposobach ich realizacji. Zdarza się, że niektóre potrzeby u osób z różnym rodzajem niepełnosprawności się nie wykształcają, ponieważ nie mogły być zrealizowane potrzeby, na których bazie tworzą się te nowe, niewykształcone. Tak zresztą dzieje się ze wszystkimi potrzebami u wszystkich ludzi, tyle tylko, że osoby niepełnosprawne częściej doświadczają deprywacji potrzeb z racji niemożności ich realizacji albo niemożności ich rozbudzenia wskutek deprywacji bodźców, które wywołują te potrzeby” (Konarska, 2012, s. 49).

## Placówka zatrudniająca psychologa rehabilitacji – misja, cel, zespół placówki

Psychologowie rehabilitacji są zatrudniani zarówno w placówkach służby zdrowia (oczekiwane jest podjęcie specjalizacji z psychologii klinicznej), jak też w instytucjach oświaty, zwłaszcza w poradniach psychologiczno – pedagogicznych i szkołach specjalnych (w tych placówkach wymagane jest posiadanie przez psychologa przygotowania pedagogicznego oraz ukończenie studiów podyplomowych w zakresie adekwatnym do niepełnosprawności osób, którym wsparcia diagnostyczno - terapeutycznego udziela psycholog, np. w zakresie oligofrenopedagogiki, tyflopedagogiki, surdopedagogiki, edukacji i wspomagania osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Placówkami aktywności zawodowej psychologów rehabilitacji są również: domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej oraz środowiskowe domy samopomocy.

Współcześnie coraz częściej psychologowie rehabilitacji są poszukiwani jako specjaliści włączający się w pracę rehabilitacyjną prowadzoną z małym dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością, prowadzoną w ramach tzw. wczesnej interwencji lub wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (por. Bieleninik, 2016).

We wskazanych instytucjach psycholog współpracuje z innymi specjalistami w zespole terapeutycznym lub rehabilitacyjnym. Stosownie do specyfiki instytucji zespół ten tworzą odpowiednio: lekarze różnych specjalizacji, w tym zwłaszcza specjaliści rehabilitacji medycznej, neurologii, ortopedii i psychiatrii oraz fizjoterapeuci, personel pielęgniarski, logopedzi/neurologopedzi, terapeuci zajęciowi lub też - w systemie oświaty: pedagodzy specjálni, psychologowie szkolni, nauczyciele czy pracownicy socjalni.

Zakres zadań podejmowanych przez psychologa w tych instytucjach sprowadza się przede wszystkim do realizacji wieloaspektowej diagnozy psychologicznej, współcześnie uwzględniającej perspektywę ICF oraz wiąże się z potrzebą udziału w planowaniu oddziaływań terapeutycznych oraz w zespołowym dokonywaniu ich ewaluacji.

Psychologowie posiadający stosowne przeszkolenie specjalistyczne, realizowane w ramach systemu certyfikacyjnego przez różne podmioty do tego uprawnione, prowadzą również oddziaływania terapeutyczne (o charakterze neurorehabilitacyjnym) oraz realizują specjalne zajęcia stymulujące rozwój osób z niepełnosprawnością (np. terapię widzenia).

Instytucje zatrudniające psychologów rehabilitacji odwołują się w swojej misji do prekursorskich założeń tzw. Polskiej Szkoły Rehabilitacji, opracowanych w drugiej połowie XX wieku przez profesorów: W. Degę i M. Waissa (Karwat, Skwarcz, 2000), propagowanych zaś i nowatorsko rozwijanych w środowisku psychologicznym przez prof. R. Ossowskiego (1999). Podstawowymi celami rehabilitacji, wedle tych założeń są: wczesność zapoczątkowania, powszechność, ciągłość oraz kompleksowość. Rehabilitacja inicjowana jest zatem już w momencie rozpoznania choroby i wiąże się z potrzebą konstrukcji planu terapii, który następnie poddawany jest ewaluacji.

Celem tak pojmowanej rehabilitacji jest relatywnie szybkie i skuteczne przywrócenie wydolności psychofizjologicznej osoby w zakresie adekwatnym do jej sytuacji, interpretowanej w kontekście podmiotowym i społecznym lub też ograniczanie skutków faktu niepełnosprawności.

## Rola psychologa w zespole terapeutycznym



Zadania psychologa rehabilitacji obejmują:

- realizację diagnozy psychologicznej oraz diagnozy funkcjonalnej we współpracy ze specjalistami innych dyscyplin;
- charakterystykę postawy osoby oraz jej otoczenia społecznego wobec niepełnosprawności;
- rozpoznanie oraz opis zasadniczych aspektów i uwarunkowań adaptacji osoby do niepełnosprawności;
- dokonywanie diagnozy konstatacyjnej, prognostycznej oraz ewaluatywnej u osoby, u której rozpoznano objawy niepełnosprawności progresującej lub też przeprowadzenie obserwacji i badania w celu określenia skuteczności podejmowanych dotychczas oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz edukacyjno – informacyjnego osobie z niepełnosprawnością w okresie rehabilitacji oraz współdziałanie z jej rodziną;

- kreowanie warunków ułatwiających adaptację do niepełnosprawności nabytej w toku życia oraz wspieranie rozwoju osoby ze zdiagnozowanym uszkodzeniem poprzez określenie tzw. obszarów deficytowych;
- aktywne włączanie się w pracę „teamu rehabilitacyjnego”, zwłaszcza w aspekcie podejmowania działań związanych z ukierunkowaniem postępowania optymalizującego stan emocjonalny osoby z niepełnosprawnością oraz poprawiającego jakość jej życia;
- realizację badań naukowych, podejmujących problematykę psychopatologii rozwojowej oraz tzw. kontekstualnego modelu niepełnosprawności w odniesieniu do osób z dysfunkcjami wrodzonymi, nabytymi w dzieciństwie oraz powstałymi na skutek schorzeń, urazów czy procesów degeneracyjnych;
- charakterystykę aktualnych potrzeb rozwojowych osób z uszkodzeniem oraz określenie roli instytucjonalnych oraz pozainstytucjonalnych form oddziaływań i wpływów otoczenia;
- kreowanie kontekstu przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji osób z uszkodzeniami.

Z przedstawionego zestawienia zadań psychologa rehabilitacyjnego wynika, iż z jego pomocy mogą skorzystać osoby w różnym wieku, które:

- doświadczyły nieodwracalnej kontuzji i zmagają się z problemem adaptacji do niepełnosprawności;
- są niepełnosprawne od urodzenia i pragną w istotniejszym stopniu rozwijać swoje osobiste zasoby i adekwatnie do posiadanych kompetencji i możliwości zintensyfikować swoje relacje społeczne i zawodowe;
- poszukują adekwatnej charakterystyki swojego potencjału rozwojowego;
- są rodzicami dziecka z uszkodzeniem i zmagają się z trudem akceptacji różnic w jego rozwoju i funkcjonowaniu stosunku do większości dzieci w podobnym wieku oraz doświadczają żałoby związanej z obserwowaną odmiennością jego rozwoju w stosunku do tej, która była upragniona i oczekiwana przed jego urodzeniem.

## Współpraca w zespole placówki



Psycholog rehabilitacyjny, stosownie do kontekstu i miejsca zatrudnienia oraz wynikających z tego zadań szczegółowych współpracuje ze specjalistami różnych dyscyplin wiedzy, reprezentującymi najczęściej: środowisko medyczne, placówki oświatowe lub sektor pomocy społecznej. W zakresie sformułowanych zadań zawodowych oczekuje się od niego przede wszystkim określenia potencjału rozwojowego człowieka, ujawniającego zakłócenie sprawności lub widoczną niepełnosprawność, czyli tzw. diagnozy konstatającej i prognozującej.

Ważnym aspektem pracy psychologa rehabilitacji jest współpraca przy formułowaniu celów terapeutycznych i rozwojowych, które są następnie realizowane przez zespół specjalistów w stosownie zaplanowanych cyklach terapeutycznych. Od ich precyzji i prawidłowości ich ukierunkowania i podziału zadań w zespole specjalistów zależy pośrednio efektywność procesu rehabilitacji.

Psychologowie rehabilitacji, posiadający stosowne uprawnienia, doświadczenie zawodowe i kompetencje uczestniczyć mogą w procesie neurorehabilitacji oraz prowadzić zajęcia stymulujące rozwój osób z niepełnosprawnością sensoryczną, niepełnosprawnością ruchową, zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub z niepełnosprawnością intelektualną określonego stopnia.

Od tych specjalistów oczekuje się, że będą koordynować współpracę z rodzinami osób z niepełnosprawnością, komunikując środowisku społecznemu prognozy rozwojowe, efekty terapeutyczne oraz warunki optymalnego radzenia sobie z konsekwencjami niepełnosprawności.

Przykładem praktycznego włączania się psychologa rehabilitacyjnego w planowanie stosownych oddziaływań terapeutycznych zespołu rehabilitacyjnego jest poniższa, przykładowa charakterystyka postępowania diagnostycznego (zgodnego z ICD 10 oraz ICF, zatem zaleconego przez WHO) 7 letniej dziewczynki z rozpoznaniem medycznym autyzmu atypowego, a następnie przedstawiona propozycja zaleceń oraz celów terapeutycznych i rozwojowych.

*Analiza przykładu: Dziewczynka, I. lat 7, mieszkająca w niewielkiej miejscowości w południowej Polsce*

*Lekarz specjalista neurologii dziecięcej i psychiatrii dzieci i młodzieży rozpoznał u dziewczynki występowanie całościowych zaburzeń rozwojowych (autyzm atypowy) (F 84.1). Stwierdzono, że z wiodącym rozpoznaniem współwystępują u dziecka deficyty uwagi. Odnotowano, że od pięciu lat dziewczynka pozostaje pod stałą opieką specjalistyczną.*

*Krótki opis wyników badania psychometrycznego:*

*Podczas badania psychologicznego I. pracowała w wolnym tempie, posługiwała się przede wszystkim prawą ręką. Dominował u niej pogodny nastrój. Zadania wykonywała metodą prób i błędów, bardzo sprawnie, ale w niektórych momentach badania jej odpowiedzi udzielane były bez głębszego namysłu. W sytuacji trudności z realizacją określonego zadania testowego pojawiały się u dziewczynki gwałtowniejsze reakcje werbalne. Nie poszukiwała ona informacji zwrotnych odnoszących się do realizowanych zadań ani także nie oczekiwała aprobaty ich wykonania. W sytuacji doświadczania trudności – szybko zniechęcała się, wymagała motywowania do kontynuacji rozwiązywania zadań.*

*Z przeprowadzonych badań wynika, iż rozwój poznawczy I. przebiega w sposób nieharmonijny. Badanie skalą bezsłowną (test homogeniczny) wykazało zdecydowanie niższy niż przeciętny dla wieku metrykalnego - poziom rozwoju intelektualnego dziecka. Z uwagi na zmienną motywację zadaniową dziecka trudno jednak rzetelnie ocenić uzyskany w teście psychometrycznym rezultat, co wymaga weryfikacji w przyszłych badaniach.*

*I. relatywnie poprawnie rozwiązała część zadań testowych, związanych z analizą i syntezą wzrokową materiału tematycznego i aтемatycznego, np. układanie klocków wg koloru, czy też kształtów. Nie przeprowadziła kategoryzacji przedmiotów według ich lokalizacji; ujawniła problem z prawidłowym porządkowaniem przedstawionych elementów.*

*Nie wykonała zadań opartych na myśleniu indukcyjnym: ustalaniu relacji pomiędzy obiektami, wykrywaniu serii, wykrywaniu cech wspólnych (np. dobieranie klocków według określonego algorytmu). Korzystniejsze rezultaty odnotowano w zadaniach, opartych na materiale aтемatycznym niż tematycznym, I. nie wykonała zadań weryfikujących proste operacje dotyczące materiału symbolicznego. Dziewczynce nie udało się również wykonać podtestów odnoszących się do rozumienia symboli oraz zadań angażujących pamięć bezpośrednią wzoru.*

*Obserwacja ustrukturyzowana zachowania dziecka:*



*W sferze kontaktu społecznego dziewczynka:*

- *krótkotrwale nawiązuje kontakt wzrokowy lub werbalny z diagnostą;*
- *prawidłowo (adekwatnie do kryteriów dla wieku metrykalnego) reaguje na głos diagnosty, w sposób werbalny lub gestem potwierdza zrozumienie polecenia;*
- *reakcje emocjonalne dziecka w niektórych momentach badania nie są adekwatne do oczekiwanych, np. stwierdzono brak reakcji na niektóre bodźce o charakterze społecznym;*
- *adekwatnie do norm dla wieku metrykalnego poszukuje pomocy diagnosty - wykonuje w tym celu jednoznaczne gesty, potwierdzające oczekiwanie wsparcia lub werbalnie prosi o pomoc;*
- *rozumie i potrafi wykonać polecenia badającego, realizuje je i próbuje współpracować, sygnalizując przy zaistnieniu trudności, że polecenia są niejasne lub, że doświadcza trudności z ich wykonaniem;*
- *w sytuacji realizacji zadań, które nie sprawiają jej istotnych trudności, lub takich, które budzą szczególne zainteresowanie dziecka, ujawnia poważne opory w podjęciu kolejnego zadania lub rezygnacji z przedmiotu, którym aktualnie manipuluje;*
- *pozytywnie reaguje na pochwały, które – jak można zaobserwować - motywują dziecko do działania;*
- *adekwatnie reaguje na większość gestów diagnosty;*
- *realizuje proste polecenia ustne.*

*Pozostałe obserwacje: Dziecko wskazuje palcem i prosi o zabawki, których otrzymania oczekuje. Mowa czynna dziewczynki jest zrozumiała. Dziecko jest wyraźnie zmotywowana do komunikacji, próbuje wyrażać swoje potrzeby (np. deklaruje, co chciałoby aktualnie robić). Występuje dzielenie wspólnego pola uwagi, kierowanie uwagą diagnosty.*

*Rozwój społeczno-emocjonalny i zabawy dziecka:*

- *Podczas zabawy swobodnej dziewczynka mówi do siebie i śpiewa piosenkę, którą usłyszała dziś podczas podróży z rodzicami do gabinetu psychologicznego.*

- *Zabawa swobodna dziecka jest zróżnicowana: czasem bawi się samodzielnie i posługuje się przedmiotami odpowiednio do swojego wieku (np. zabawa tematyczna w karmienie lalki). Niekiedy jednak bardzo głośno i ekspresyjnie się zachowuje (niezgodnie z zasadami, panującymi na ogół w miejscach publicznych).*
- *Opisuje zdarzenia przedstawione na obrazkach i krótko charakteryzuje emocje je wywołujące, poprawnie nazywa emocje i intencje osób.*
- *Zauważa się pewną sztywność w preferencjach zabawy (dziecko bardzo często zadaje pytania o gry z pionkami, domagając się ich przyniesienia).*
- *Wymienia adaptacyjne strategie regulacji emocji.*
- *Prezentuje umiejętność podstawowego rozumienia stanów emocjonalnych innych osób („lalka jest niezadowolona, bo jej nie smakuje to, co je”).*
- *Bada otoczenie nadmiernie długo i wnikliwie (zważywszy na kryteria dla wieku metrykalnego).*
- *Dziecko używa przedmiotów prawidłowo (zgodnie z ich przeznaczeniem), jest nimi zainteresowane, ogląda je i dotyka.*
- *Dziecko wykazuje słabą motywację wewnętrzną do wykonywania zadań poznawczych.*
- *Współdziała podczas zabawy z lalką (krótkotrwale).*

*Reakcje na bodźce, uwaga, motywacja:*

- *Dziecko właściwie reaguje na przedmioty;*
- *Występują wyraźne przejawy nadpobudliwości psychoruchowej;*
- *Występują deficyty uwagi;*
- *Podczas konsultacji dziewczynka jest bardzo ekspresyjna i pobudzona emocjonalnie;*
- *Dziecko wykazuje niską wytrwałość (umiejętność kontynuowania aktywności, mimo przeszkód czy spadku zainteresowania zadaniem, motywacja zadaniowa, gotowość do wysiłku i pokonywania przeszkód jest relatywnie niska).*

- *Nisko kształtuje się satysfakcja z osiągnięć (zdolność do czerpania radości z wykonywanych zadań, gotowość do podejmowania wysiłku, ciekawość).*
- *Niekorzystnie rozwojowo ukształtowana jest umiejętność odraczania nagrody (gotowość do rezygnowania z natychmiastowej gratyfikacji, umiejętność samokontroli i samoregulacji zachowania, hamowanie reakcji, cierpliwość);*

*W podsumowaniu obserwacji i diagnozy psychologicznej ukierunkowanej rehabilitacyjnie można uznać, iż dziecko ujawnia ograniczone i charakterystyczne dla wieku niższego metrykalnie możliwości skupienia uwagi, co znacznie utrudnia przeprowadzenie rzetelnej diagnozy przez psychologa. Wyniki badania procesów funkcjonowania poznawczego I. są zatem niejednoznaczne, gdyż w niektórych aspektach badania trudno jednoznacznie ocenić czy dziewczynka nie zna prawidłowej odpowiedzi na pytania, czy też udziela niewłaściwej odpowiedzi z uwagi na trudność z doprowadzeniem rozpoczętego działania i zadania do końca. Niewątpliwie jednak trudności w zakresie koncentracji i podtrzymania procesów uwagi wpływają niekorzystnie na funkcjonowanie dziecka w sferze poznawczej. Dziecko ujawnia ponadto wzmoczony odruch orientacyjny (rozpraszają ją nawet mało intensywne bodźce). I. często popełnia błędy wynikające z braku staranności, nie zwraca uwagi na szczegóły zadania, ma trudność z systematyczną zabawą lub rozmową z innymi, ponieważ nie percepuje wszystkich, docierających do niej komunikatów. W niektórych momentach badania wydaje się, że ich nie słyszy. Dziecko ujawnia niski próg pobudzenia, co oznacza, że łatwo jest wywołać różne jej reakcje. Ekspresja emocji dziecka jest bardzo żywa. Zdolność do hamowania niepożądanych reakcji jest natomiast wyraźnie ograniczona. Zauważalna jest nadruchliwość. Równowaga procesów nerwowych I. jest zaburzona (pobudzenie „dominuje” nad hamowaniem, występuje też częściej). Ruchliwość procesów nerwowych jest nieprawidłowa (występuje w tym aspekcie duża zmienność).*

*W tych okolicznościach realizacji diagnozy psychometrycznej, nawiązującej do ICF, bardzo cenne jest pozyskanie przez psychologa informacji o funkcjonowaniu dziecka w środowisku pozaeksperymentalnym (pozagabinetowym), np. w warunkach przedszkola, czy też szkoły.*

*Z wywiadu przeprowadzonego z zespołem nauczycieli dziewczynki wynika, iż I. wymaga znacznego wsparcia w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, komunikacyjnych, wzorców zachowania. Zauważono wyraźną potrzebę stymulowania w obszarze poznawczym, ze szczególnym wskazaniem na rozwój myślenia logicznego dziecka. Nauczyciele zauważają, ujawniające się w rozwoju dziewczynki, trudności w obszarze rozwoju poznawczego i*

*emocjonalnego, związane z umiejętnością rozumienia własnych stanów emocjonalnych, jak również emocji innych osób. Implikacje zaburzeń ujawnianych przez I. w tej sferze wpływają na relacje interpersonalne dziewczynki w grupie rówieśniczej – jest raczej dzieckiem odrzucanym i izolowanym w grupie społecznej.*

*Psycholog diagnozujący, co ważne w perspektywie diagnozy dla potrzeb rehabilitacji, pozyskał również informacje o działaniach podjętych przez nauczycieli w celu poprawy funkcjonowania dziewczynki: potwierdzono, iż I. została objęta, przewidzianą w przepisach prawa oświatowego, pomocą psychologiczno- pedagogiczną. Opracowano dla niej Indywidualny Program Edukacyjno- Terapeutyczny. Roczne przygotowanie przedszkolne dziewczynka realizowała w grupie integracyjnej, gdzie na co dzień korzystała ze wsparcia nauczyciela wspomagającego. Rodzice mieli możliwość spontanicznego korzystania z porad i konsultacji ze wszystkimi specjalistami, zatrudnionymi w przedszkolu i poradni. W ramach wymienionej pomocy I. udzielano pomocy w ramach rewalidacji, terapii psychologicznej, logopedycznej, treningu umiejętności społecznych.*

*Następnie, formułując rezultaty diagnozy konstatającej psycholog podsumował efekty podjętych działań i udzielonej pomocy:*

*U I. zauważalna jest poprawa w zakresie koncentracji uwagi na wykonywanym zadaniu (wydłużony czas), umiejętności społecznych, kompetencji związanych z inicjowaniem zabawy, współdziałaniem w grupie, wchodzeniem w wybrane role społeczne. Dziecko wykazuje też duże zainteresowanie literami i aktywnościami związanymi z analizą i syntezą głoskową wyrazu. Ujawnia zauważalne zdolności muzyczne i charakteryzuje się wyjątkowym poczuciem rytmu. Wobec przedstawionych okoliczności rozpoznania medycznego (autyzm atypowy) oraz charakterystyki funkcjonowania dziewczynki w warunkach eksperymentalnych (badanie psychometryczne) oraz w środowisku wychowawczym w zespole rehabilitacyjnym uznano, iż w celu dalszego stymulowania rozwoju dziecka niezbędne jest kontynuowanie zainicjowanych oddziaływań terapeutycznych oraz wzbogacenie ich o elementy, rozwijające zwłaszcza kompetencje emocjonalno – społeczne oraz werbalne dziecka.*

*Uwzględniając sytuację dziecka, wyniki badania psychologicznego oraz przewidziane m.in. w prawie oświatowym możliwości terapii, przedstawiono następujące zalecenia:*

- kształcenie specjalne realizowane z uwagi na autyzm, w szkole ogólnodostępnej, lub w szkole ogólnodostępnej z oddziałami integracyjnymi lub specjalnymi z jednoczesną realizacją oddziaływań rewalidacyjnych (tak określana jest w prawie oświatowym rehabilitacja dedykowana dziecku z niepełnosprawnością, prowadzona w środowisku pedagogicznym);

- realizację zajęć terapii logopedycznej/neurologopedycznej, zajęć terapii psychologicznej i/ lub pedagogicznej w ramach zespołu rehabilitacyjnego/rewalidacyjnego oraz dodatkowej pomocy udzielanej w szkole (zajęcia korekcyjno - kompensacyjne, zajęcia dydaktyczno - wychowawcze);

- dostosowanie form i metod pracy pedagogicznej do indywidualnych możliwości i umiejętności dziecka;

- przedstawienie ramowego planu dnia (struktury codziennych zadań I.), zwizualizowanie zrehabilitowanego planu, codzienne przypominanie, jakie czynności będą następowały po sobie. W sytuacjach trudnych psycholog rehabilitacyjny zalecił powracanie do schematycznego planu, przypominanie dziecku o kolejności zaplanowanych zajęć;

- uporządkowanie przestrzeni fizycznej dziecka – opisanie (zilustrowanie obrazkami), pudełek z przedmiotami/ zabawkami, posegregowanie pomocy (każdy rodzaj przedmiotów powinien zostać umieszczony w odrębnym pudełku);

- utworzenie kącika relaksacyjnego (miejsca wyciszenia), w którym dziecko będzie mogło w razie potrzeby uspokoić się oraz odizolować od nadmiaru otaczających je bodźców;

Zalecono, by w procesie terapii opierać się w istotniejszym stopniu na mocnych stronach dziewczynki, czyli przede wszystkim na: ujawnianej sprawności motorycznej, funkcjonalności mowy czynnej dziecka, dużej motywacji I. do komunikowania się z innymi osobami, występowaniu symptomów kontaktu emocjonalnego z osobami z otoczenia społecznego.

Zalecenia zespołu rehabilitacyjnego, koordynowanego przez psychologa obejmują również sugestię:

- stałej współpracy nauczycieli i terapeutów dziecka z jego rodzicami, regularnego informowania o postępach rozwojowych dziewczynki i sytuacjach trudnych, których doświadcza, konieczności tworzenia planów codziennego działania dziecka;

- udzielania stałego wsparcia rodzicom przez terapeutów I.: emocjonalnego, jak również instrumentalnego (na przykład w formie cyklicznej prezentacji zestawów konkretnych ćwiczeń, proponowanych do pracy z dzieckiem w domu).

*W związku z całościowym zaburzeniem rozwoju dziecka (w postaci zdiagnozowanego medycznie autyzmu atypowego), przejawiającym się u opisywanego dziecka m.in. zaburzeniami komunikacji opartej na wymianie, manifestacją zachowań niezgodnych z ogólnie przyjętymi normami rozwojowymi, występowaniem objawów nadruchliwości i deficytów uwagi podkreślono, iż I. w oddziale ogólnodostępnym wymaga obecności pomocy nauczyciela lub wsparcia nauczyciela - specjalisty, wspomagającego dziecko w zakresie: umiejętności radzenia sobie w sytuacji zadaniowej, wzbudzania motywacji do wykonywania czynności poznawczych oraz kształtowania umiejętności współpracy w trakcie zajęć dydaktyczno-wychowawczych. Psycholog, uwzględniając rezultaty diagnozy funkcjonalnej I. wskazał ponadto, iż:*

- podczas zajęć edukacyjnych niezbędne jest wizualizowanie omawianych treści (modele, rekwizyty, obrazki itp.);

- nagradzanie dziecka za czynione postępy edukacyjne (nawet te, które są mało istotne) metodami behawioralnymi np. tablica punktowa, tablica nagród;

*Zalecono także kontynuację dynamicznej diagnozy dziecka w celu bardziej precyzyjnego określenia funkcjonowania I. w poszczególnych sferach rozwojowych, w szczególności ponowienie diagnozy funkcjonowania poznawczego (np. za ok.).*

*Sformułowano także najistotniejsze cele rozwojowe i terapeutyczne. Wskazano, iż należy położyć szczególny nacisk na stymulację społeczno- emocjonalnej sfery rozwoju, w tym umiejętności współpracy z osobami dorosłymi oraz z rówieśnikami, wymiany komunikacyjnej, tworzenia więzi emocjonalnych z innymi, wzbudzania motywacji do wykonywania zadań i motywacji osiągnięć, tworzenia syntonii emocjonalnej, modulowania zachowania w zależności od kontekstu społecznego, wykorzystywania kontaktu wzrokowego, gestów i wyrazów twarzy do regulowania interakcji społecznych, odzwierciedlania społeczno- emocjonalnego.*

*Za istotny cel rozwojowy przyjęto:*

- ogólne uprawnianie psychomotoryczne dziecka, motoryki małej i dużej, koordynacji wzrokowo- ruchowej;

- stymulację ogólnorozwojową, zwłaszcza w aspekcie umiejętności poznawczych, spostrzegania zmysłowego, uwagi, pamięci, myślenia, rozwoju zabawy.

*W terapii (cele terapeutyczne) - poza koniecznymi działaniami dyrektywnymi – uznano, iż warto wykorzystać spontaniczną aktywność dziecka, podążać za potrzebami rozwojowymi dziecka, przekształcać jego aktywność w działania ukierunkowane.*

*Celem terapeutycznym określono również:*

- wydłużenie czasu koncentracji uwagi dziecka na zadaniu poprzez zastosowanie elementów metod behawioralnych (tablica punktowa, wizualizowanie aktywności, tworzenie planów działania);*
- uczenie stosowania wiedzy poprzez jej wizualizowanie, utrwalanie w kolejnych dniach po konkretnych zajęciach;*
- pomoc w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami poprzez indywidualne wsparcie w czasie zabawy swobodnej prowadzonej w grupie, tworzenie relacji diadycznej I. z pojedynczym dzieckiem, a następnie relacji w grupach trzy- i czteroosobowych, w których dziewczynka będzie mogła swobodnie i bez lęku wchodzić w interakcje;*

*Uznano, że słusznym jest, by podczas zajęć indywidualnych terapeuci przedstawiali i omawiali różne sytuacje społeczne i możliwe sposoby zachowania się dziecka, by przedstawiali i omawiali zasady jego zachowania się w różnych miejscach.*

*Ważnym w aspekcie podejścia zgodnego z ICF jest wzmacnianie aktywności i uczestnictwa dziecka w życiu najbliższego środowiska społecznego, poprzez każdorazowe próby włączenia dziewczynki do grupy rówieśniczej podczas uroczystości, wycieczek, imprez organizowanych w szkole. Włączanie takie powinno odbywać się przy indywidualnym wsparciu wykwalifikowanej pomocy nauczyciela lub nauczyciela wspomagającego lub nauczyciela specjalisty, w ilości czasu akceptowanej przez dziecko, przy wcześniejszym wyjaśnieniu i wizualizowaniu antycypowanej aktywności. Zastrzeżono, że dziecko powinno mieć możliwość chwilowego odizolowania się od grupy w nowych dla niego sytuacjach, gdyby okazały się zbyt obciążające.*

*Diagnoza funkcjonalna koordynowana przez psychologa rehabilitacji doprowadziła w analizowanym przypadku do sformułowania również innych, ważnych zaleceń i zastrzeżeń, ułatwiających adaptację dziecka z autyzmem do warunków, w których stanie ono przed koniecznością współpracy zadaniowej oraz nawiązania relacji z innymi osobami. Zalecono zatem:*

- dostosowanie form i metod pracy oraz narzędzi dydaktycznych do indywidualnych potrzeb rozwojowych dziecka, wynikających ze specyfiki niepełnosprawności, w tym w szczególności: umożliwianie zaspokajania wzmożonej potrzeby ruchu i aktywności w sposób konstruktywny, celowy i w warunkach zapewniających bezpieczeństwo dziecku i innym osobom (odrębne pomieszczenie lub specjalne miejsce w sali);

- strukturalizację czasu, przestrzeni, działania i osób. W tym celu można zastosować graficzne plany dnia, zawierające opisy kolejnych zaplanowanych w ciągu dnia czynności.

- dbanie o to, żeby przestrzeń, w której I. się bawi i uczy było uporządkowana. Z dzieckiem powinny pracować niemal zawsze te same osoby;

- psychoedukację rodziców w zakresie postępowania z dzieckiem z autyzmem, zachowania w sytuacji występowania zachowań trudnych, udzielanie wskazówek mających na celu poprawę kontaktu i syntonii emocjonalnej z dzieckiem, pomoc w aranżacji przestrzeni domowej dziecka (wskazówki, może być to pomoc udzielona werbalnie), udzielanie instruktarzu dotyczącego realizacji konkretnych ćwiczeń/zadań z dzieckiem w domu.

Warto wymienić sposoby realizacji przedstawionych celów. Są nimi na przykład:

- trening umiejętności społecznych;
- zajęcia higieniczno-porządkowe;
- elementy metody TEACCH;
- elementy metod poznawczo-behawioralnych (szczególnie w zakresie motywowania, koncentracji uwagi);
- elementy muzykoterapii z zastosowaniem instrumentarium Carla Orffa;
- elementy metody M. Montessori;
- elementy metody zabawy niedyrektywnej V. Axline;
- pracę w oparciu o plan, wizualizowanie aktywności.

Przedstawiony opis przypadku siedmioletniej dziewczynki z rozpoznaniem autyzmu atypowego odzwierciedla zasadnicze ramy i założenia diagnozy funkcjonalnej, realizowanej dla potrzeb środowiska edukacyjnego, w którym dziecko korzysta ze wsparcia



*rehabilitacyjnego, przewidzianego w przepisach prawa oświatowego. Szczegółowość zaleceń umożliwia przygotowanie planu rehabilitacyjnego/planu rewalidacji, który następnie po okresie około pół roku powinien zostać poddany ewaluacji.*

## Problemy etyczne i sposoby ich rozwiązywania

Problemy etyczne związane z aktywnością zawodową psychologów rehabilitacyjnych dotyczą najczęściej następujących obszarów: nawiązania relacji diagnostycznej i przeprowadzenia badania psychologicznego w warunkach różniących się od spotykanych w odniesieniu do populacji osób zdrowych, zarówno w aspekcie przyjętej i stosowanej procedury, jak też doboru narzędzi badawczych, adekwatnych do stwierdzonego u badanej osoby uszkodzenia; kwestii związanych z opiniowaniem i orzecznictwem dla potrzeb różnych instytucji; udzielania pomocy psychologicznej (w tym prowadzenia psychoterapii) oraz planowania i realizacji badań naukowych, uwzględniających odmienność funkcjonowania osób z niepełnosprawnością.

Wymienione obszary potencjalnych trudności etycznych sprowadzają się do czynnika nadrzędnego, jakim są jego kompetencje zawodowe i kwalifikacje psychologa (por. Brzezińska, Appelt, 2000).

I tak, na przykład, psycholog podejmujący się badania osoby słabosłyszącej lub niesłyszącej powinien przestrzegać wymagań metodologicznych, dotyczących diagnozy psychologicznej tej grupy osób.

Sprowadzają się one do następujących konstatacji:

1. w ocenie rozwoju intelektualnego oraz zdolności poznawczych osób głuchych i słabosłyszących należy posługiwać się metodami niewerbalnymi (por. Braden, 2001);
2. jeśli to okaże się konieczne i potrzebne - w procedurze badawczej należy zadbać o przekazywanie instrukcji testowych i formułowanie zadań w języku migowym, a w każdych okolicznościach należy weryfikować rozumienie treści poleceń (por. Maller, Braden, 2011);
3. badając osoby niesłyszące należy mieć świadomość złożoności grupy osób głuchych i odmienności sytuacji rozwojowej dzieci głuchych rodziców słyszących oraz dzieci głuchych rodziców niesłyszących (Tomaszewski, 2014).

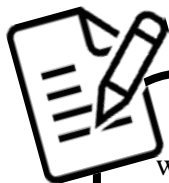
Przestrzeganie powyższych zasad, a także wiedza o tym, iż osoby niesłyszące, charakteryzując siebie współcześnie w kategoriach mniejszości kulturowej *Głuchych* oczekują, by nie określać

ich mianem osób niepełnosprawnych pozwoli psychologowi uniknąć błędów diagnostycznych oraz trudności w relacji diagnostycznej o poważnych konotacjach.

W analizowanym kontekście warto podkreślić, iż uznani badacze (np. Spencer, Marschark, 2010; Tomaszewski, 2014) podkreślają różnice indywidualne pomiędzy osobami słyszącymi i głuchymi w aspekcie rozwoju i ujawniania się procesów poznawczych, nie koncentrują się natomiast na perspektywie analizowania istotnych deficytów. Znajduje to zastosowanie w praktyce terapeutycznej i konkluzjach, iż dzieci głuche wymagają odmiennego modelu kształcenia niż dzieci słyszące, ponieważ w odmienny sposób rozwiązują zadania poznawcze oraz preferują różne do standardowych środki komunikacji i styl dydaktyczny (Marschark, Wauters, 2011; Domagała-Zyśk, 2016).

Kolejną kwestią, ważną w aspekcie etyki zawodowej psychologa rehabilitacji, jest zastrzeżenie, iż w procesie opiniowania i orzecznictwa należy wystrzegać się posługiwania terminologią o jednoznacznie pejoratywnym znaczeniu, lub takiej, która może stygmatyzować, np.: *infantylny, niedojrzały, upośledzony, zaburzony*. Cenną pomocą, umożliwiającą uniknięcie podobnych błędów jest treść Kodeksu Etycznego Zawodu Psychologa, zwłaszcza zaś wstęp do tego dokumentu oraz Art. 3 wspomnianego kodeksu (por. Staniszevska, 2000; Bidzan i in., 2013).

## Przygotowanie psychologa do pracy w placówce



Jak wspomniano, psychologowie rehabilitacji podejmują pracę, zarówno w środowisku oświatowym, gdzie do najistotniejszych ich zadań należy realizacja diagnozy oraz podjęcie współpracy w procesie usprawniania funkcjonowania dzieci i młodzieży z różnego rodzaju niepełnosprawnością: intelektualną, sensoryczną (uszkodzenie narządu wzroku lub słuchu), zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niepełnosprawnością ruchową, afazją rozwojową lub niepełnosprawnością sprzężoną oraz w placówkach służby zdrowia i pomocy społecznej.

W instytucjach resortu oświaty wymaganiem koniecznym do zatrudnienia psychologa jest ukończenie studiów psychologicznych oraz uzyskanie przygotowania pedagogicznego, a także dodatkowych kwalifikacji do pracy z dziećmi i młodzieżą z określonym rodzajem niepełnosprawności. Kwestie wymagań kwalifikacyjnych reguluje stosowne rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej (w czasie redakcji niniejszego rozdziału jest to Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz.U. 2017 poz. 1575 ze zmianami).

Psychologowie rehabilitacji zainteresowani pracą w sektorze służby zdrowia i pomocy społecznej podlegają odrębnym przepisom i wymaganiom kwalifikacyjnym. Zasadniczo reguluje je Art. 15 Ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 73, poz. 763) z uszczegółowieniami przygotowanymi przez ministrów właściwych resortów.

W każdym z wymienionych miejsc zatrudnienia od psychologa rehabilitacyjnego wymaga się często dodatkowych uprawnień, związanych np. ze sprawnością posługiwania się językiem migowym, kompetencji w zakresie stosowania określonych technik terapeutycznych (np. umiejętności prowadzenia treningu umiejętności społecznych wobec osób z ASD, ukończenia szkolenia w zakresie stosowania terapii behawioralno- poznawczej, czy też całościowego kursu psychoterapii).

Ponadto odrębnym i bardzo istotnym warunkiem pomyślnego rozwoju zawodowego jest autorefleksja odnosząca się do własnej pracy oraz systematyczna lektura aktualnych publikacji naukowych z zakresu obszaru aktywności zawodowej i specjalizacji zawodowej psychologa.

## Podsumowanie

Współczesna psychologia rehabilitacji analizuje zagadnienie niepełnosprawności człowieka, przyjmując w opisie zmian w jego funkcjonowaniu m.in. perspektywę rozwojową oraz charakteryzując zakresy, w których w modyfikacji rozwoju współwystępują czynniki biologiczne (np. wada/uszkodzenie) ze zmiennymi społecznymi (niepełnosprawność, stygmatyzacja, wykluczenie itp.). Są to one traktowane w psychologii jako nauce empirycznej jako zmienne niezależne, które inicjują i/lub podtrzymują zmiany rozwojowe (Brzezińska, Trempała, 2007).

Implikują one ponadto dwa obszary zaistnienia odmienności perspektyw manifestacji zmian rozwojowych. Pierwszym jest biologicznie determinowana reaktywność organizmu, drugim - aktywność własna człowieka. Dlatego też badania zmian rozwojowych, podejmowane w paradygmacie mechanistycznym koncentrują się na opisie przyczyn zmian (pod uwagę bierze się w tym aspekcie np. „zdarzenia życiowe”), natomiast badania zaliczane do nurtu organizmicznego skupiają się na precyzyjnym opisie, analizie i wyjaśnianiu kontekstualnych cech rozwoju osoby z niepełnosprawnością, czyli: „sekwencji całościowych zmian w strukturze psychicznej i ich funkcjonowaniu (...)” (Brzezińska, Trempała, 2007, s. 278).

Spostrzeżenia te nawiązują również do konstatacji Marii Przetacznik-Gierowskiej (2009), która przyjmuje, iż zmiany psychologiczne i behawioralne, wynikające z niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej mają charakter ontogenetyczny (Przetacznik-Gierowska, 2000, s. 63), co jest ważną inspiracją dla praktyki psychologów rehabilitacyjnych, zwłaszcza tych specjalistów, którzy pracują z osobami z niepełnosprawnością w dłuższej jednostce czasu, obserwując ujawniające się zmiany rozwojowe. Oznacza to bowiem, iż zmiany pojawiają się „w toku i cyklu indywidualnego życia” i można je przedstawiać oraz interpretować w kategoriach: ilościowych, jakościowych, progresywnych (postępujących) i regresywnych. Mogą one mieć również charakter kumulatywny i być charakteryzowane poprzez różne, szczegółowo operacjonalizowane w psychologii terminy, np.: uczenie się, dojrzewanie czy socjalizację.

Przydatną dla psychologów rehabilitacyjnych jest również w tym kontekście koncepcja zmian wieloczynnikowych Jeana Piageta (2006), wyróżniającego cztery grupy czynników: biologiczne (dziedziczenie i dojrzewanie), uczenie się (doświadczenie), środowisko (społeczne i wychowawcze) oraz równoważenie (rozumiane jako aktywna samoregulacja).

Stanisław Kowalik (2000) proponuje rozumienie rehabilitacji w szerokiej perspektywie - jako udzielanie wieloaspektowego wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych, implikowanych wprost lub pośrednio przez niepełnosprawność. W praktyce psychologicznej sprowadza się to najpierw do możliwie precyzyjnego zdefiniowania kontekstu sytuacji problemowych i określenia potencjalnych problemów życiowych osoby, które wynikają z niepełnosprawności (Kowalik, 2000, s. 811-816), następnie zaś do zaplanowania oraz podjęcia skutecznej, zespołowej interwencji terapeutycznej.

### Pytania sprawdzające:

1. Scharakteryzuj zasadnicze aspekty diagnozy funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnością.
2. Podaj przykłady celów rozwojowych i terapeutycznych, które mogą okazać się przydatne w planowaniu oddziaływań rehabilitacyjnych wobec dziecka z rozpoznanym autyzmem atypowym.
3. Wskaż podstawowe zadania psychologa rehabilitacji, podejmowane w różnych instytucjach, świadczących pomoc osobom z niepełnosprawnością.
4. Przedstaw krótko związki psychologii rehabilitacji z innymi subdyscyplinami psychologii

### Literatura polecana:

Gałkowski, T., Pisula, E. (red.) (2006). Psychologia rehabilitacyjna. Wybrane zagadnienia. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Sikorska, I., Gerc, K., & Pawłowski, L. (2017). (red.), Sportowcy z niepełnosprawnością: aspekty psychologiczne i społeczne. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

Kowalik, S. (2018). Stosowana psychologia rehabilitacji. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

### Literatura cytowana:

Bieleninik, Ł. (2016). Wczesna interwencja wobec dziecka z grupy ryzyka i jego rodziny na oddziale noworodkowym i niemowlęcym. W: Kaczorowska-Bray, K., Milewski S. (red.). Wczesna interwencja logopedyczna. Seria Logopedia XXI Wieku (s. 676 – 702). Gdańsk, Harmonia.

Bidzan, M., Bieleninik, Ł. Bogucka, D., & Szulman-Wardal, A. (2013). Problemy etyczne w naukach o zdrowiu na przykładzie psychologii klinicznej i psychologii rehabilitacji. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18(3): 363-374.

Braden, J.P. (2001). The clinical assessment of deaf people's cognitive abilities. W: M.D. Clark, M. Marschark, M. Karchmer (ed.s), *Context, cognition, and deafness* (p. 14-37). Washington, D.C: Gallaudet University Press.

Brzezińska, A., Appelt, K. (2000). Tożsamość zawodowa psychologa. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 13-44). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Brzezińska, A., Trempała, J. (2007). Wprowadzenie do psychologii rozwoju. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1 (s. 229–283). Gdańsk: GWP.

Domagała-Zyśk, E. (2016). Napisy jako forma wspierania edukacji i funkcjonowania społecznego osób niesłyszących i słabosłyszących. W: W. Otrębski, K. Maryniarczyk (red.), *Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością* (s. 41–53). Gdańsk: Harmonia Universalis.

Gerc, K. (2018). Self-Image and Body Image Characteristics in Blind People: an Empirical Study. In T. Ostrowski, B. Piasecka, & K. Gerc (Eds.), *Resilience and health: challenges for an individual, family and community* (pp. 107–123). Kraków: Jagiellonian University Press.

ICF (2001, 2009). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Genewa: WHO; Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Karwat, I., D., Skwarcz, A. (2000), *Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne*. *Postępy Nauk Medycznych* 3: 61-69.

Konarska J. (2013). Formy wsparcia rehabilitacji osób z niepełnością wzrokową [w:] B. Grochmal-Bach, M. Alberska, A. Grzebinoga (red.). *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością* (s. 47 – 72). Kraków: Wydawnictwo WAM.

Kowalik, S. (2000). *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*.

W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (s. 797-820). Gdańsk: GWP.

Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.

Kowalik, S. (2018). *Stosowana psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Maller, S. J., Braden, J. P. (2011). Intellectual assessment of deaf people: A critical review of core concepts and issues, [w:] Marschark M., Spencer P. E. (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education, Volume 1* (2 ed.) (p. 473–485). New York: Oxford University Press.

Marschark, M., Wauters, L. (2011). Cognitive functioning in deaf adults and children. W: M. Marschark, P.E. Spencer (eds.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education, Volume 1* (2 ed.) (pp. 487- 499). New York: Oxford University Press.

Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.

Pal, W., Gerc, K. (2017). Audiodeskrypcja jako forma udziału osób z uszkodzeniem narządu wzroku w wydarzeniach sportowych. In I. Sikorska, K. Gerc, L. Pawłowski (red.), „Sportowcy z niepełnosprawnością : aspekty psychologiczne i społeczne” (pp. 51–68). Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

Piaget, J. (2006). Studia z psychologii dziecka. Warszawa: PWN.

Przetacznik-Gierowska, M. (2000). Zasady i prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.). Psychologia rozwoju człowieka. T. 1 (s. 57-101). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spencer, P., E., Marschark, M. (2010). Evidence-based practice in educating deaf and hard of hearing students, New York: Oxford University Press,.

Staniszewska, J. (2000). Kodeks zawodowy – konieczność czy absurd? [w:] J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), Etyczne dylematy psychologii (s. 45-94)., Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Stucki, G., Cieza, A., Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1): 279-285.

Świtaj P. (2010). Piętno społeczne związane z chorobą i niepełnosprawnością – typy, wymiary, geneza, funkcje, [w:] Zasepa E. (red.). Choroba, niepełnosprawność cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i w badaniach, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 313–342.

Thomas K.R., Chan F. (2000). On becoming a rehabilitation psychologist: many roads lead to Rome. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 45, s. 65–73.

Thomas D.F., Rosenthal D. (2004). An introduction to international perspectives in rehabilitation psychology research, *Rehabilitation Psychology*, Vol. 49, s. 3–4.

Tomaszewski, P. (2014). Funkcjonowanie poznawcze i językowe u dzieci głuchych. W: M. Sak (red.) *Edukacja głuchych* (s. 17-34). Warszawa: Wyd. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2 (7), 5–20.

World Health Organization. (2011). World report on disability. Genewa: WHO.